Anna Gutowska

Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga

Wstęp

Starzenie się jest naturalnym i powszechnym procesem życiowym. Jego efekty dotyczą wielu sfer życia człowieka. Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza. Do tradycyjnych kryteriów tzw. dobrego starzenia się najczęściej zalicza się: fizyczny brak chorób i zachowaną sprawność fizyczną i umysłową. Należy jednak zauważyć, że taka ocena ogranicza się do nacisku na chorobowość (patogenezę), a nie uwzględnia przyczyn zachowania zdrowia (salutogenezy). „Zdrowo" starzejących się ludzi jest zdecydowanie mniej niż tych starzejących się patologicznie. Szacuje się, że tylko ok. 8-10% populacji osób starych nie choruje przewlekle i umiera „ze starości" śmiercią naturalną[1].

Postępujący proces starzenia się stawia przed społeczeństwem określone wyzwania. Szacuje się, że u ok. 80% ludzi w wieku po 60 roku życia występuje przynajmniej jedna choroba, najczęściej jednak pojawia się kilka schorzeń jednocześnie[2]. Do najczęstszych należą choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby zwyrodnienia kości i stawów, osteoporoza, schorzenia okulistyczne i choroby nowotworowe. Wzrasta też częstość występowania zaburzeń psychicznych egzogennych (somatogennych i psychogennych) i zaburzeń o charakterze otępiennym.

Proces starzenia bywa więc niekiedy osobistym dramatem i niewygodnym problemem społecznym. Mimo że, zgodnie z prawem natury, wraz z upływem czasu w organizmie człowieka zachodzą zmiany powodujące zmniejszającą się wydolność psychofizyczną, to jednak również ten etap życia może i powinien nieść ze sobą przyjemność i spełnienie.

---

1 K. Duda, *Proces starzenia się*, [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, A. J. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 1-32.

2 A. Bilikiewicz, *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatrii)*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 384.

Poniżej zostaną zaprezentowane niektóre zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi u osób w podeszłym wieku, charakterystyka wybranych spośród nich, a także refleksje z perspektywy pedagoga.

Zaburzenia psychiczne u osób w podeszłym wieku

Uwzględniając psychopatologię wieku podeszłego oraz kryteria klasyfikacji ICD-10[3], zaburzenia u osób w późnej dorosłości Adam Bilikiewicz dzieli w następujący sposób:

- organiczne zaburzenia psychiczne (m.in. otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, organiczny zespół amnestyczny);
- zespoły zaburzeń świadomości (m.in. majaczenie, splątanie, halucynoza organiczna, organicznie uwarunkowane zaburzenia osobowości i zachowania, zaburzenia nastroju);
- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (m.in. zaburzenia hipochondryczne, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia adaptacyjne);
- zaburzenia behawioralne (m.in. zaburzenia odżywiania się, nieorganiczne zaburzenia snu, nadmierny popęd seksualny)[4].

Poniżej, ze względu na ograniczone możliwości związane z objętością tekstu, omówiono wybrane z nich. Ich selekcja dokonana została ze względu na kryterium częstotliwości występowania.

Zespoły otępienne

Nie ulega wątpliwości, że najbardziej typowym zaburzeniem psychicznym w okresie starości są zespoły otępienne.

Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są także wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena (WHO, 1997). Zasadniczo nie jest upośledzona świadomość. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a niekiedy je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe: jedzenie, ubieranie, wydalanie, higienę oso-

3 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2000.

4 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 390.

bistą[5]. Taki zespół objawów występuje m.in. w chorobie Alzheimera, która zostanie pokrótce scharakteryzowana.

Choroba Alzheimera w większości przypadków rozpoczyna się po 60 roku życia i ma w początkowym stadium obraz utajony. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat i przebiega w kilku stadiach. Zazwyczaj nieuchronnie prowadzi do całkowitej utraty samodzielności, a w końcu do śmierci. Statystycznie częściej zapadają na nią kobiety. Choroba Alzheimera polega na zaburzeniach czynności części mózgu, które są odpowiedzialne za funkcje poznawcze.

Główne objawy choroby Alzheimera:

- utrata zdolności poznawczych – zaburzenia funkcji pamięciowych, upośledzenie zdolności do uczenia się nowych informacji lub przypominania zapamiętanych wcześniej;
- afazja – problemy z artykulacją mowy;
- apraksja – niezdolność do wykonywania złożonych czynności ruchowych, mimo zachowanych funkcji motorycznych;
- agnozja – niemożność rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów, mimo zachowanych funkcji sensorycznych;
- zaburzenia zdolności myślenia, zaburzenia w zakresie planowania, organizowania, przestrzegania sekwencji, abstrahowania;
- dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzony rytm dnia i nocy;
- pogłębiające się zniedołężnienie, problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami, zaburzona dbałość o higienę osobistą, brak kontroli zwieraczy;
- bezradność, zatracanie związku z rzeczywistością;
- niekiedy zmiany charakterologiczne, agresja, gniew[6].

Przyczyny zapadania na chorobę Alzheimera nadal nie są do końca zbadane i ujawnione. Badania pokazują, że prawdopodobnie w jej powstaniu udział bierze wiele mechanizmów (wieloczynnikowy rozwoju choroby). Główne z nich to:

- uwarunkowania genetyczne – nie udało się stwierdzić genu bezpośrednio odpowiedzialnego za rozwój choroby, ale zidentyfikowano mutacje genowe: genu APP, preseniliny 1 (PS1) lub preseniliny 2 (PS2) oraz genu dla apolipoproteiny E (APOE4). Defekty genetyczne zidentyfikowane w chorobie Alzheimera nie wyjaśniają jednak złożonego rozwoju choroby;
- procesy zapalne – niektóre komórki mózgowe biorące udział w działaniu układu immunologicznego wykazują nadaktywność i produkują związki, które można wykazać w innych narządach w przebiegu procesu zapalnego;

5 Tamże, s. 162-163.
6 Tamże.

- czynniki środowiskowe – większe ryzyko zachorowania dotyka osoby z niskim wykształceniem, osoby po urazach czaszkowo-mózgowych, bierze się także pod uwagę możliwość wpływu diety na rozwój choroby (zależność między chorobą a obniżonym stężeniem witaminy B12 oraz kwasu foliowego), środki zanieczyszczające środowisko;
- zmiany w obrębie mózgowia (plaki, neurofibryle) – za rozwój choroby pierwotnie odpowiedzialny jest zanik komórek nerwowych (neuronów) i miejsc ich połączeń, tzw. synaps, spowodowany procesami przemiany materii w mózgu – nieprawidłowe są procesy transportu i rozpadu białek: amyloidu i tau. Powstałe w ten sposób złogi amyloidu, tzw. plaki wsuwając się między neurony, przerywają przekaz sygnałów. Natomiast wewnątrz neuronów tworzą się kompleksy białek tau, które łączą się w tzw. sploty neurofibrylarne. Za czynnik współodpowiedzialny za tę chorobę uznaje się także zmniejszenie ilości neuroprzekaźnika – acetylocholiny[7].

Do czynników ryzyka zalicza się także: podeszły wiek, płeć, niskie wykształcenie, zaawansowany wiek matki przy porodzie, ciężką depresję i niedoczynność tarczycy, przebyty uraz czaszkowo-mózgowy, miażdżyca.

Obecnie medycyna nie dysponuje skutecznymi metodami leczenia. Zazwyczaj stosuje się:

- leczenie farmakologiczne (głównie o charakterze objawowym, a nie przyczynowym) – o jego skuteczności decydować może regularność przyjmowania leków;
- leczenie niefarmakologiczne – czynniki środowiskowe – odpowiednia opieka, zapobieganie izolacji, osamotnieniu, odrzuceniu; niwelowanie skutków ewentualnych zaburzeń sensorycznych (m. in. niedowidzeniu, głuchocie, afazji).

Zaburzenia nastroju i afektu[8]

Na drugim miejscu, jeśli brać pod uwagę „typowość" zaburzeń psychicznych w starości, występuje depresja. Częstość jej występowania jest trudna do precyzyjnej oceny, głównie z uwagi na stosowanie różnych kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych[9].

Depresje wieku podeszłego mogą mieć podłoże organiczne, ale nie muszą. Czynnikiem je wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekom-

7 Tamże; G. Schwarz, *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

8 Do grupy tych zaburzeń zalicza się także chorobę afektywną dwubiegunową, nie będzie ona jednak przedmiotem dalszych rozważań.

9 Starzenie się i zaburzenia psychiczne…, s. 392.

pensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65 roku życia sięga 15-20%, a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – nawet do 30%[10]. To wciąż narastający problem kliniczny i społeczny.

Stanisław Pużyński wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia:

- brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej;
- zmiana warunków mieszkaniowych, miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych i inne;
- pogorszenie sytuacji materialnej;
- osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich;
- utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci i inne);
- przewlekłe choroby somatyczne;
- obecność zaburzeń otępiennych[11].

Przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy:

- psychologiczne (etiologia reaktywna);
- somatyczne (choroby somatyczne, leki i zmiany naczyniowe);
- organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego);
- endogenne (nawracające zaburzenia afektywne).

Ostre rozgraniczenie powyższych przyczyn najczęściej jest trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii.

Objawy w depresji typowej można podzielić na dwie kategorie: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zaliczamy:

- obniżenie podstawowego nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zobojętnienia, niezdolność do przeżywania radości;
- osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój;

---

10 S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 83.

11 Tamże, s. 83-84.

- objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia;
- lęk – „wolnopłynący", utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki[12].

Objawy wtórne to:

- depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu – urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne;
- zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie [13].

Ponadto dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są takie objawy, jak: nastrój gniewliwy, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych.

Jak pisze A. Bilikiewicz, obraz depresji w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania licznych skarg hipochondrycznych. Ponadto mogą pojawić się także urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia), ale również urojenia ksobne, prześladowcze czy nihilistyczne. Należy przy tym zauważyć, iż badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko występowania samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w przypadku młodszej populacji[14].

Leczenie chorego na depresję seniora jest trudne i żmudne. Wpływ na to mają różne czynniki:

- leki psychotropowe (w tym antydepresanty) bywają w późnym wieku źle tolerowane, co związane jest z niewydolnością układu cholinergicznego;
- współwystępowanie kilku chorób, a co za tym idzie konieczność stosowania wielu leków;
- ograniczone możliwości psychoterapii[15].

Dla uzyskania efektu terapeutycznego duże znaczenie ma poprawa ogólnego stanu seniora, zwłaszcza stanu układu krążenia, w tym krążenia

12 S. Pużyński, *Choroby afektywne*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 271.

13 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*, Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, Katowice 2010, s. 147.

14 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 392.

15 Tenże, *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku…*, s. 392-393.

mózgowego. Ważne jest także wyeliminowanie leków, które mogą powodować depresję, a także poprawa sytuacji psychosocjalnej chorego[16].

Zaburzenia świadomości

Majaczenie, to zespół o różnorodnej etiologii, który charakteryzuje się równoległym występowaniem zaburzeń świadomości, uwagi, spostrzegania, myślenia, pamięci, aktywności psychoruchowej, emisji i rytmu snu – czuwania. Objawy są przejściowe i wykazują zmienne nasilenie.

Objawy majaczenia:

- zaburzenia świadomości (od przymglenia do śpiączki) i uwagi – zmniejszona zdolność jej skupienia, ukierunkowywania, utrzymania i przerzucania;
- zaburzenia procesów poznawczych – zaburzenia percepcji z przemijającymi omamami, urojeniami, upośledzenie myślenia abstrakcyjnego, zaburzenia pamięci świeżej, dezorientacja w czasie, miejscu, otoczeniu;
- zaburzenia psychoruchowe – niedostateczna lub nadmierna aktywność, wydłużenie czasu reakcji, zmiana tempa wypowiedzi, nieprzewidywalna zmienność stanu;
- zaburzenia rytmu sen – czuwanie – bezsenność, nadmierna senność, narastający niepokój i aktywność w nocy, koszmary senne przechodzące w halucynacje;
- zaburzenia emocjonalne – lęk, euforia, drażliwość, apatia, poczucie zagubienia;

Przyczyny wyzwalające majaczenie:

- choroba somatyczna – m.in. zapalne, nowotworowe, choroby wątroby;
- choroba mózgu – m.in. zespoły otępienne;
- uboczne działanie leków;
- używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu [17].

Czas trwania majaczenia i jego nasilenie zależy od przyczyny je wyzwalającej i może trwać nawet kilka miesięcy. Leczenie polega głównie na stosowaniu środków farmakologicznych.

Zaburzenia nerwicowe

Objawy neurotyczne u ludzi starszych nie należą do rzadkości, choć są trudne do weryfikacji diagnostycznej z uwagi na fakt, iż mogą przyjmować

---

16 S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 88.

17 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*, s. 107-109.

„maski" dolegliwości somatycznych[18]. Przyjmuje się, że ich przyczynami są psychologiczne konflikty i trudne sytuacje, problemy, których człowiek nie potrafi rozwiązać. Do najistotniejszych sytuacji, które wyzwalają objawy i dolegliwości zalicza się: „wymagania otoczenia, obciążenia życiowe i trudności w rozwiązywaniu konfliktów wewnętrznych przewyższające możliwości przystosowawcze jednostki"[19]. Zaburzenia te przejawiają się w sferze postrzegania, przeżywania, myślenia i zachowania.

W związku z powyższym objawy dzieli się na:

- psychiczne – patologiczne przeżycia, silny lęk, pojawiające się wbrew woli myśli, nieuzasadniony strach przed pewnymi sytuacjami, miejscami, obiektami, osobami;
- cielesne – czynnościowe, zaburzenia somatyczne;
- zachowania – zaburzenia zachowania[20].

Antoni Kępiński[21] wśród osiowych objawów nerwic wyróżnił:

- lęk – nieokreślony niepokój, napady lękowe, lokalizacja w określonej części ciała lub sytuacji;
- zaburzenia wegetatywne – dolegliwości bólowe, zaburzenia snu, łaknienia, seksualne;
- egocentryzm – nadmierna uwaga koncentracji na sobie, poczucie szczególnego charakteru własnych dolegliwości nerwicowych, nieuzasadnione oczekiwania od otoczenia.

Zaburzenia te mogą prowadzić do narastających trudności w stosunkach z innymi ludźmi i pełnieniu określonych ról społecznych. Wśród najczęstszych objawów u osób starszych wyróżnić można te o charakterze lękowym, depresyjnym, histerycznym, czy anankastycznym będące odpowiedzią na frustrację uczuciową, deprywację potrzeb życiowych, konflikty, monotonię i nudę, brak akceptacji otoczenia itp.

- Uwarunkowania zaburzeń nerwicowych w starszym wieku są zazwyczaj wielopłaszczyznowe, mogą być zarówno psychogenne (reaktywne), jak i biologiczne. Zazwyczaj nie są jednoznaczne i nakładają się na siebie. Mogą wystąpić w starości lub być kontynuacją z okresów wcześniejszych, być przejawem trwania choroby lub jej nawrotu. Wśród najczęstszych przyczyn zaburzeń nerwicowych w późnej dorosłości m.in. wymienia się;

18 S. Krzymiński, *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

19 S. Leder, *Choroby afektywne,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 285.

20 Tamże, s. 283.

21 A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1972.

- choroby somatyczne;
- osobowość przedchorobową;
- przewlekłe reakcje sytuacyjne;
- mniejsze zdolności przystosowawcze, adaptacyjne;
- nadmierną obawę przed śmiercią;
- zmiany w wyglądzie;
- pogorszenie stanu zdrowia;
- zmniejszoną wydolność seksualną;
- poczucie bezradności, bezsilności;
- stratę bliskich osób, rzeczy, statusu społecznego.

Późna dorosłość często przynosi ze sobą tzw. mnogą patologię polegającą na współwystępowaniu wielu chorób i zaburzeń. Przewaga procesów katabolicznych nad metabolicznymi skutkuje zazwyczaj pogorszeniem wydolności fizjologicznej wielu narządów, dlatego każde kolejne schorzenie musi być rozpatrywane z uwzględnieniem pozostałych[22]. Zespoły nerwicowe mogą występować obok chorób somatycznych, mieć wpływ na ich przebieg i efekty leczenia.

Stefan Krzymiński[23], za Bergmannem, podaje następujące cechy zaburzeń nerwicowych w wieku podeszłym:

- brak zaburzeń psychicznych we wcześniejszych fazach życia;
- wyraźny związek z chorobami somatycznymi (zwłaszcza sercowo-naczyniowymi);
- cierpienie z powodu samotności, trudności z samoobsługą, ograniczoną aktywnością;
- ubogi obraz kliniczny – dominuje lęk i depresja;
- mogą występować objawy fobii, powstałe z uogólnionych ograniczeń nakładanych przez chorobę somatyczną;
- objawiają się głównie poprzez aspekt społecznego funkcjonowania – stopniowego pogarszania jakości życia.

Leczenie zaburzeń nerwicowych u osób starszych najczęściej ogranicza się do farmakoterapii (uwzględniając zarówno leczenie choroby somatycznej, która mogła być podłożem do wystąpienia zaburzeń, jak i leczenia objawów ściśle nerwicowych). Seniorzy rzadko, z różnych powodów, podejmują próbę leczenia psychoterapeutycznego. Nie bez znaczenia jest przekonanie, prezentowane także przez niektórych specjalistów, że w późnym wieku psychoterapia nie może być metodą skuteczną. Wydaje się jednak, że przy zastosowaniu

22 B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Wyd. PWN, Warszawa 2006.

23 S. Krzymiński, *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

odpowiedniego podejścia, stylu, metody dostosowanych do możliwości i potrzeb seniora działania psychoterapeutyczne mogą być skuteczne również i w późnym wieku. Starsze osoby nie podejmują decyzji o udziale w psychoterapii prawdopodobnie także z powodu braku własnego przekonania do tych metod, a nierzadko także z uwagi na ograniczone zasoby materialne.

Zaburzenia snu

Waldemar Szelenberger podaje, że prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń snu narasta w miarę starzenia się[24]. Najczęściej mają one charakter wtórny. Zaburzenia snu mogą występować pod postacią:

- insomnii (bezsenności) – to zbyt krótki (ilość) lub mało pokrzepiający (jakość) sen; występuje pod postacią trudności w zasypianiu oraz pod postacią trudności w utrzymaniu snu i zbyt wczesnym budzeniu się; decydujące jest subiektywne poczucie jednostki, a warunkiem rozpoznania upośledzone funkcjonowanie w ciągu dnia;
- hipersomnii (nadmiernej senności) – senność nie ustępuje po długim śnie lub pojawia się podczas angażującej czynności; może być objawem m.in. infekcji, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, np. hipoglikemi, niedoczynności tarczycy, zaburzeń psychicznych, zażywania lub odstawienia leków;
- parasomnii – to niepożądane zjawiska najczęściej ruchowe i/lub wegetatywne, które pojawiają się między snem a czuwaniem lub pomiędzy poszczególnymi fazami snu; w przypadku starszych osób występują zaburzenia zachowania podczas snu w fazie REM, ze złożoną aktywnością ruchową, która towarzyszy marzeniom sennym; treścią marzeń jest najczęściej atak/napad ze strony innych ludzi lub zwierząt; senior przeżywa marzenia senne broniąc się i atakując niekiedy osoby dzielące z nim łóżko.

Przyczyny (najczęstsze) bezsenności wśród seniorów:

- fizjologiczne – związane z niewłaściwą higieną snu;
- psychologiczne – związane ze stresem, emocjami, przeżyciami;
- somatyczne – związane z chorobami somatycznymi i wynikającymi z nich: bólem, gorączką, dusznością, świądem, biegunką i innymi;
- neurologiczne – związane z chorobami typu otępiennego, udarami mózgu i innymi;
- psychiczne – związane z zaburzeniami psychicznymi – lękiem, depresją, majaczeniem i innymi;
- toksyczne – związane z przyjmowanymi lekami, używkami, środkami psychoaktywnymi;

24 W. Szelenberger, *Zaburzenia snu,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 325.

- pierwotne – nieznane (ok. 10% przypadków).

Należy pamiętać, że część osób starszych ma skłonność do drzemek w ciągu dnia co zmniejsza zapotrzebowanie na sen nocny i może skutkować pozorną bezsennością. Szacuje się, że może to dotyczyć nawet 20 – 80% populacji osób starszych. W większości bezsenność przewlekła w wieku podeszłym ma charakter wtórny, podstawą leczenia jest więc precyzyjne określenie jej przyczyn. Podkreślić zatem trzeba, że leczenie zaburzeń snu w starości powinno mieć charakter przyczynowy, a nie tylko objawowy. Postępowanie farmakologiczne musi być ostrożne (dobór odpowiedniego środka), wyważone (właściwa dawka), dostosowane do stanu zdrowia, przyjmowanych leków i potrzeb seniora. W podeszłym wieku zwiększona jest wrażliwość układu nerwowego na leki nasenne. Ponadto środki nasenne (chętnie przyjmowane przez niektóre starsze osoby) często powodują objawy niepożądane: m.in. nadmierną senność następnego dnia, zaburzenia pamięci deklaratywnej, lęk i bezsenność po ustąpieniu działania preparatu. Przewlekłe stosowanie pochodnych benzodiazepiny o długim okresie półtrwania może prowadzić u ludzi starych do zespołu imitującego otępienie typu alzheimerowskiego oraz do upadków i złamań szyjki kości udowej[25]. Ich niewłaściwe stosowanie może także prowadzić do uzależnienia.

Osoby starsze cierpiące na bezsenność powinny także szczególną uwagę przykładać do przestrzegania podstawowych zasad higieny snu, wśród których do najważniejszych czynników zalicza się:
- spać tak długo jak tego organizm potrzebuje, ale nie zbyt długo;
- wstawać zaraz po przebudzeniu;
- przestrzegać regularnych godzin udawania się na spoczynek i budzenia;
- unikać wysiłku fizycznego przed zaśnięciem;
- unikać nadmiernego hałasu;
- spać w warunkach komfortu termicznego;
- spożywać regularne, niezbyt obfite posiłki wieczorem;
- unikać picia kawy, alkoholu, szczególnie wieczorem;
- „nie walczyć" o sen leżąc w łóżku, lepiej podjąć czynności, które zazwyczaj wywołują senność[26].

Koniecznym jest także zachowanie w organizmie odpowiedniego poziomu melatoniny – hormonu, którego wytwarzanie jest kontrolowane przez hamujący wpływ światła dziennego i dlatego wytwarzany jest on głównie w nocy. Należy zatem zadbać o to, by senior spał w ciemnym po-

25 Tamże, s. 329.
26 B. Żakowska-Wachelko, A. T. Misztalscy, K. Czuma, *Opiekun osób starszych*…, s. 103-105.

mieszczeniu, a jeśli zachodzi taka konieczność o dostarczenie melatoniny w postaci syntetycznej.

Perspektywa pedagoga

Truizmem jest dziś mówienie o tym, iż zmiany demograficzne wskazują, że ludzkość się starzeje. Wydaje się, że jest to fakt powszechnie znany i rozpoznany przez specjalistów z zakresu wielu dyscyplin naukowych. Czy tak jest istotnie? Należy zauważyć, iż znacznie częściej w debacie i tej publicznej, i naukowej, słychać słowa odnoszące się do dotkliwszej strony procesu starzenia się – do cierpienia, straty, problemów, jakie ze sobą niesie niedołęstwo, niesprawność, zależność od osób trzecich. O starości myśli i mówi się najczęściej, jak o problemie zarówno w kontekście indywidualnym, jak i społecznym. Szczególnie silnie jest to akcentowane w przypadku seniorów z zaburzeniami psychicznymi. Można odnieść wrażenie, że są oni „kłopotem" dla najbliższego otoczenia, dla społeczeństwa, państwa, a niekiedy także dla samych siebie. Marginalizowani, izolowani, bezradni, pozbawieni możliwości obrony swoich praw, umierają nierzadko „uwalniając" innych od kłopotliwego „ciężaru". Pojawiają się pytania: jak im pomóc? Czy właściwa opieka medyczna jest odpowiedzią na wszystkie ich potrzeby? Co może zrobić pedagog? Wydaje się, że pierwszym krokiem powinno być zrozumienie, że każdy człowiek, na każdym etapie życia powinien mieć możliwość rozwoju. Zmiany degeneracyjne w starości nie powinny być jedynym wyznacznikiem funkcjonowania seniora. Ograniczenia z nich płynące mogą i powinny być źródłem poszukiwania innych dróg, które pozwolą na wykorzystanie i wspieranie niezaburzonego potencjału chorującego człowieka i jego otoczenia.

Stosunkowo nową propozycją wsparcia seniorów (również tych z demencją i innymi zaburzeniami psychicznymi) jest wzorowana na zasadach pedagogiki Marii Montessori – geragogika[27]. Osoby w podeszłym wieku wykazują „specjalne potrzeby edukacyjne"[28]. Jeśli mają możliwość konfrontacji z odpowiednimi materiałami (geragogicznymi), uczenia się, ćwiczenia i doskonalenia, może to prowadzić do zwiększenia poziomu samodzielności i zredukowania potrzeby korzystania z pomocy innych.

---

27 Geragogika – [gr. *gēras* 'starość' *agagós* 'przewodnik'], dział gerontologii i pedagogiki społecznej zajmujący się uwarunkowaniami życia, edukacji i samokształcenia osób w wieku podeszłym, źródło: B. Milerski, B. Śliwerski (red.), *Leksykon PWN. Pedagogika,* Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 72.

28 Pojęcie zaczerpnięte z pedagogiki specjalnej i odnoszące się do dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, u których stwierdza się spektrum objawów utrudniajacych lub uniemożliwijajacych funkcjonowanie: ruchowe, sensoryczne, poznawcze, w zakresie komunikacji, emocjonalno-społeczne teraz psychiczne, wpływających na jakość życia i pełnienie ról społecznych teraz i/lub w przyszłości – definicja Zespołu Ekspertów ds Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych przy MEN.

Istotą metody jest „faza wolnego uczenia się seniorów" – organizacyjna forma edukacji, gdzie centralnym elementem jest proces uczenia się, którym jednostka samodzielnie steruje i którego dynamikę determinują wewnętrzne parametry procesu. Obowiązują w nim cztery zasady:

- pomóż mi robić to samemu, tak długo jak to tylko możliwe;
- pomóż mi znowu robić to samemu;
- pomóż mi robić to w nowy sposób;
- pomóż mi pozostać sobą.

Koncepcja przewiduje realizację projektu w sześciu fazach tworzących jedną całość:

1. faza budowania nastroju – aktywizacja wraz z rytuałem powitalnym;
2. faza wolnego wyboru pracy – decyzja dotycząca materiału, formy pracy i stanowiska (miejsca);
3. faza realizacji samodzielnie wybranej pracy – ćwiczenia z użyciem materiałów edukacyjnych;
4. faza ciszy – duchowy i fizyczny odpoczynek, medytacja;
5. faza refleksji – prezentacja wyników pracy, opowiadanie o odczuciach, doświadczeniach;
6. faza duchowego wzmocnienia – wyciszenie.

Metoda wymaga przygotowania odpowiednich materiałów geragogicznych (dostosowanych do potrzeb człowieka starego), pomieszczenia, a także osoby towarzyszącej (prowadzącej zajęcia)[29].

W pracy z seniorem konieczne jest manifestowanie trzech podstawowych postaw wyrażających się poprzez:

- empatię – współczujące zrozumienie, wysiłek ukierunkowany na zrozumienie emocji seniora;
- szacunek – bezwarunkowe poszanowanie partnera, akceptacja i aprobata przekazywane również poprzez gesty, mimikę, modulację głosu;
- autentyczność – spójność między myślami, emocjami i zachowaniem osoby towarzyszącej, nieukrywanie się za maską, fasadą[30].

Wszystkie obecne są także w metodzie określanej jako walidacja gerontologiczna. To specyficzna metoda komunikacji, która może być stosowana nawet wobec osób dotkniętych głębokim otępieniem. Jej twórczyni, Naomi Feil zakłada, że opieka i wsparcie osób z demencją, poza diagnozą me-

29 Materiały z kursu „Radość uczenia się przez całe życie według metody Marii Montessori". Kurs dla nauczycieli i opiekunów pracujacych z seniorami, Łódź 2014.

30 Tamże.

dyczną, musi uwzględniać szeroki kontekst ich biografii – sytuację bytową, rodzinną, stan emocjonalny itd. Im więcej informacji pozyskamy o świecie przeżyć seniora, tym łatwiejsza będzie z nim współpraca. Bazować należy na komunikacji angażującej różne zmysły i, co bardzo ważne, całkowicie otworzyć się na emocje seniora. Naomi Feil opracowała zasady i wartości walidacji, strukturyzując je w dziesięciu punktach:

7. Każdy człowiek jest jedyny w swoim rodzaju i musi być traktowany jako indywidualność.
8. Wszyscy ludzie są wartościowi, niezależnie od tego w jakim stopniu dezorientacji się znajdują.
9. Zawsze istnieje jakaś przyczyna zachowania osoby zdezorientowanej.
10. Zachowanie cechujące seniora nie jest wyłącznie wynikiem anatomicznych zmian, które zaszły w jego mózgu, lecz stanowi sumę i kombinację zmian somatycznych, socjalnych i psychicznych, które dokonały się na przestrzeni całego życia tego człowieka.
11. Starego człowieka nie da się zmusić do zmiany zachowania, może się zmienić tylko wtedy, gdy on sam będzie tego chciał.
12. Konieczna jest akceptacja seniora, bez osądzania, oceniania go.
13. Problemy psychiczne osoby w podeszłym wieku mogą być wynikiem niezrealizowanych zadań we wcześniejszych okresach życia.
14. Zredukowanie pamięci krótkotrwałej seniorzy rekompensują wspomnieniami.
15. Bolesne emocje wyrażone przez seniora, następnie uznane i zwalidowane, ulegną zredukowaniu. Negatywne emocje seniora, ignorowane i blokowane, z czasem nasilają się.
16. Wczuwanie się w sytuację seniora, okazywanie mu współczucia, redukuje stany lękowe i przywraca mu godność[31].

Walidacja, w swoich najbardziej podstawowych wymiarach, może być stosowana przez każdego i w każdych warunkach. Wystarczy mieć świadomość, jak ważna jest jakość kontaktu z seniorem i ukierunkowanie się na jego specyficzne potrzeby. Wymaga to jednak prawdziwego i autentycznego zainteresowania osobą starszą.

Konieczne jest także zapobieganie izolowaniu starszych osób z zaburzeniami psychicznymi. Deprywacja sensoryczna i pozbawienie chorego wysiłku intelektualnego pogłębia zaburzenia pamięci i deteriorację osobowości. Ludzie starzy, nawet jeśli ich zachowanie jest uciążliwe i nieprzyjemne, mają prawo żyć w społeczeństwie. Jak twierdzi A. Bilikiewicz „ich izolacja jest postępowaniem niehumanitarnym, a z punktu widzenia psy-

---

31 J. Gielas, O braku zgody na pasywność seniora z demencją, „Wspólne Tematy”2008, nr 6, Tenże, *Walidacja gerontologiczna Naomi Feil,* części I, II, III, IV, 2003, nr 2, 3, 4, 5.

choprofilaktycznego – szkodliwym. Pogłębia w starym człowieku poczucie odrzucenia, frustracji, krzywdy i dyskryminacji”[32].

Zadaniem pedagoga wydaje się być także edukowanie społeczeństwa – niezbędna jest szeroka wiedza z zakresu prewencji niepełnosprawności psychicznej, oswajanie lęku przed starością i śmiercią, a także „walka” ze stereotypami.

Zakończenie

Proces starzenia jest naturalną konsekwencją życia ludzkiego i nieuniknione jest to, co ze sobą niesie. Powszechność występowania niepełnosprawności w starszym wieku będzie narastać wraz z procesem starzenia się społeczeństwa. Starości nie można zatem spostrzegać jako problemu, bolączki naszych czasów, ale traktować jak kolejny etap życia determinujący specyficzne i niespecyficzne wyzwania. Późna dorosłość, bez względu na to jak dynamiczny ma przebieg, może i powinna być okresem charakteryzującym się maksymalnie wysokim poziomem jakości życia. Żeby tak mogło, być konieczna jest interdyscyplinarna współpraca przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych owocująca rzetelnymi badaniami i postulatami dla praktyki. Starość, mimo że doczekała się licznych opracowań naukowych, nadal jest obszarem potrzebującym eksploracji. Wciąż niepoznany jest wewnętrzny świat osób chorujących na chorobę Alzheimera, czy inne zaburzenia otępienne. Być może nigdy nie zdołamy go poznać, ale na pewno nie powinniśmy zakładać, że nie istnieje lub jest bardzo ubogi. Naszym obowiązkiem jest przypominanie, że każdy człowiek odczuwa potrzebę bycia nieużytecznym, kochanym i zrozumianym. Każdy potrzebuje czuć się bezpiecznym. Każdemu przysługuje prawo do godności[33].

Mental disorders in old age – pedagogical perspective

In this article we concentrated on the problem of mantal disorders in old age. This study presents: Alzheimer’s disease, depression, delirium, neurotic disorders and sleep disorders. We mentioned of some pedagogical reflections

32 A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 391.

33 Prawo do godności gwarantowane jest człowiekowi w wielu, w tym międzynarodowych, dokumentach: m. in. w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i innych.

on the support of older people with mental disorders, referring to the two selected methods: geragogic Marii Montessori, validation therapy Naomi Feil.

Bibliografia

Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
Bilikiewicz A., *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatrii)*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 383–394.
Duda K., *Proces starzenia się,* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, Żołądź A. J. (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 1-32.
Gielas J., *O braku zgody na pasywność seniora z demencją,* „Wspólne Tematy" 2008, nr 6.
Gielas J., *Walidacja gerontologiczna Naomi Feil*, części I, II, III, IV, 2003, nr 2,3,4,5.
Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Wyd. PWN, Warszawa 2006.
Kępiński A., *Psychopatologia nerwic,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1972.
Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD –10 – Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2000.
Krzymiński S., *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
Leder S., *Choroby afektywne*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 283-307.
Milerski B, Śliwerski B. (red.), *Leksykon PWN. Pedagogika*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000.
Pużyński S., *Choroby afektywne,* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 267-282.
Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
Schwarz G., *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
Szelenberger W., *Zaburzenia snu*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 325-332.
Żakowska-Wachelko B., Misztalscy A. T., Czuma K., *Opiekun osób starszych*, Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, Katowice 2010.